



**Rapport annuel d'activité 2017  
du Médiateur de la consommation  
auprès de la Mutuelle Harmonie Mutuelle**

Assemblée générale – 25/26 juin 2018

## Avant-propos

L'année 2017 constitue le 4<sup>ème</sup> exercice plein de la médiation à Harmonie Mutuelle.

Cette démarche de médiation s'inscrit désormais dans le cadre des dispositions du Titre 1<sup>er</sup> du livre VI du Code de la consommation relatif à « la médiation de la consommation du droit de la consommation ».

Harmonie Mutuelle a fait le choix de faire appel à un médiateur indépendant, Monsieur Claude LEPETIT. Ce dernier a sollicité, son agrément en qualité de « Médiateur de la consommation auprès de la Mutuelle Harmonie Mutuelle », auprès de la Commission d'Évaluation et de Contrôle de la Médiation de la consommation (CECM). L'agrément a été accordé le 16 février 2018.

Le présent document, qui répond aux exigences de l'article R.614-2 du Code de la consommation, décrit l'activité du médiateur au cours de l'exercice 2017 en abordant l'action du médiateur (I), une analyse plus particulière des avis du médiateur (II), et les recommandations formulées à la Mutuelle suite aux demandes les plus fréquemment rencontrées (III) permettant ainsi d'appréhender toute l'utilité d'un dispositif amiable de règlement des différends, véritable alternative à une résolution contentieuse des litiges. Le médiateur apporte également aux adhérents de la Mutuelle une écoute particulière et impartiale

# I – L'ACTIVITE DU MEDIATEUR EN 2017

## **1. RAPPEL DU CHAMP D'INTERVENTION DU MEDIATEUR :**

Le médiateur peut être saisi par l'adhérent ou en son nom, après intervention des niveaux internes de traitement des réclamations si la réponse apportée est inexistante ou insatisfaisante, et si aucune action contentieuse relative au litige n'a été intentée.

### **1.1- Périmètre de compétence du médiateur**

Le médiateur est compétent pour examiner les recours relatifs à l'application des garanties assurées par la Mutuelle.

### **1.2- Litiges exclus de la médiation**

Sont ainsi exclus de la médiation, les litiges qui n'entrent pas dans son champ de compétence, et liés :

- aux garanties souscrites via la Mutuelle auprès d'un autre assureur, sauf si le litige concerne la distribution de la garantie, et non l'application de celle-ci qui relève du médiateur de l'assureur,
- aux principes de la politique tarifaire générale de la Mutuelle définie en Assemblée Générale et en Conseil d'Administration,
- aux procédures légales de recouvrement des cotisations,
- à l'avis des praticiens conseils de la Mutuelle (médecin, dentiste...) qui relève du contrôle médical,
- aux décisions prises dans le cadre du dispositif du fonds d'action sociale,
- aux décisions relatives à la gestion du régime obligatoire de sécurité sociale.

### **1.3- Litiges non recevables**

Sont non recevables en application de l'article L. 612-2 du Code de la Consommation :

- les litiges pour lesquels le membre participant ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle par une réclamation écrite selon les modalités prévues dans le contrat,
- les litiges manifestement infondés ou abusifs,
- les litiges pour lesquels le membre participant a introduit sa demande auprès du médiateur plus d'un an après sa réclamation écrite auprès de sa Mutuelle,
- les litiges précédemment examinés (ou en cours d'examen) par un autre médiateur ou par un tribunal.

## **2. TYPOLOGIE DES DEMANDES SOUMISES AU MEDIATEUR EN 2017 :**

Les situations soumises au médiateur relèvent principalement :

- de contestations relatives à la définition de prestations comme les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle,
- de contestations liées au remboursement de frais de soins et aux garanties en cas d'hospitalisation,
- de contestations relatives aux procédures de gestion administrative de la Mutuelle,

- de problèmes liés au fonctionnement du tiers payant,
- de questions ayant trait aux augmentations de cotisations ou à leur mode de calcul, et notamment aux modalités d'application des tranches d'âges,
- de difficultés rencontrées pour résilier le ou les contrats en cours avec la Mutuelle.

Le médiateur a été également saisi de problèmes liés à la gestion des régimes obligatoires d'assurance maladie et notamment de questions relatives à la télétransmission entre les caisses de sécurité sociale et la Mutuelle, et à la mise en œuvre du devoir d'information et de conseil de la Mutuelle.

Pour tous les cas ne relevant pas de son strict champ de compétence, le médiateur a assuré un rôle d'orientation de l'adhérent vers les services compétents pour le traitement des réclamations ou la saisine d'un autre médiateur.

### **3. L'ACTIVITE DU MEDIEUR EN 2017 :**

#### **3.1. Évolution de l'activité**

Le secrétariat de la médiation a reçu **329 saisines en 2017** (contre 311 en 2016) **dont 116** par courriel, **139** par le biais du formulaire de saisine en ligne et **74** par courrier postal.

Cela représente une augmentation de près de 6 % sur un an, augmentation bien éloignée des 50 % enregistrés un an plus tôt. Il est trop tôt pour tirer des conclusions définitives, mais cette stagnation de l'augmentation paraît marquer la fin du fort accroissement des saisines, enregistré au moment de la mise en œuvre des modalités inscrites récemment dans le code de la consommation (et singulièrement de l'assouplissement des possibilités de saisine Cf. Annexes).

Ainsi en 2017, 80 % des saisines sont réalisées par voie électronique (contre 50 % en 2015) dont plus de 40 % directement en ligne.

#### **3.2. Suite donnée aux saisines**

Sur les 329 demandes de médiation réceptionnées :

- **244 saisines ont fait l'objet d'un classement après une réponse adaptée à la personne qui avait sollicité le médiateur dont :**
  - 25 saisines (soit 8%) pour lesquelles la problématique avait été résolue par les services internes de la Mutuelle concomitamment à la saisine du médiateur,
  - 185 saisines (soit 56%) qui n'avaient pas satisfait à l'obligation de la réclamation préalable et pour lesquelles le médiateur a renvoyé l'adhérent soit vers le centre de gestion compétent dans le cadre de la procédure d'escalade du traitement des réclamations de la Mutuelle (pour 156 saisines), soit, vers le service Qualité Relation Adhérents (pour 29 saisines) dans le cadre de la procédure de traitement des réclamations de la Mutuelle (niveau 2).

- 30 saisines (soit 9%) jugées non recevables et pour lesquelles le médiateur a orienté l'adhérent vers les services compétents :
  - 8 saisines mettaient en cause le contrat MUTEX dont l'examen entre dans la compétence d'un autre médiateur ;
  - 1 saisine concernait la prévoyance Generali Assurances ;
  - 7 saisines concernaient soit HARMONIE FONCTION PUBLIQUE, soit la MMEI, RMA ou l'ex Mutuelle HSBC, qui ne relèvent pas de sa compétence ;
  - 7 saisines concernaient le régime obligatoire de sécurité sociale dont les litiges ne relèvent pas de sa compétence ;
  - 4 saisines contestaient le montant des cotisations ou la politique tarifaire de la Mutuelle : le médiateur a adressé une lettre de refus car ces demandes ne relèvent pas de sa compétence ;
  - 1 saisine pour laquelle une procédure contentieuse était entamée ;
  - 2 saisines de contestation d'avis médical.
  
- 4 saisines (soit 2%) classées sans suite.
  
- **85 saisines (soit 26%) ont fait l'objet d'un avis du médiateur** (contre 70 en 2016) ce qui représente une augmentation sensible en pourcentage (+ 21 %) mais trop modeste en valeur (+ 15) pour qu'il puisse en être tirées des conclusions pertinentes.
  
- **Sur ces 85 avis, rendus après examen des dossiers en droit et en équité :**
  - 30 (soit 35 %) ont été favorables aux adhérents,
  - 35 (soit 41 %) ont été favorables à la Mutuelle,
  - 20 (soit 24 %) se sont soldés par un avis mixte proposant une solution alternative à la demande de l'adhérent.

## II – LES AVIS DU MEDiateUR

### 1. RAPPEL DES MODALITES DE DELIVRANCE D'UN AVIS DU MEDiateUR :

Le Médiateur dispose d'un délai de 90 jours pour instruire le dossier à compter de la date de notification aux parties de sa saisine. Il doit rendre un avis motivé dans le délai imparti, délai qui peut être prolongé en cas de dossier complexe mais sous réserve d'en avoir informé les parties.

Cet avis expose les éléments factuels liés à l'objet de la demande de médiation, les explications et/ou argumentation de chacune des parties, et la solution préconisée en vue de mettre fin au différend. Il précise dans quel cadre elle est rendue et informe les parties qu'elle ne s'impose pas à eux.

Le Médiateur fixe un délai de 15 jours aux parties pour qu'elles fassent part de leur acceptation ou de leur refus de la solution proposée. Il les informe qu'elles restent libres de

porter leur litige devant la juridiction compétente et que la proposition de solution peut être différente de la décision qui serait rendue par un juge. Il leur indique également les effets juridiques de l'acceptation.

Aucune médiation n'a été interrompue en 2017.

## **2. LES REPONSES APORTEES PAR LE MEDIATEUR EN 2017 :**

Sur les 85 avis donnés par le médiateur en 2017 :

- 58 avis (soit 2 avis sur trois) ont concerné le paiement de prestations de santé telles que la prise en charge du forfait hospitalier, de la chambre particulière, de frais de soins dentaires, d'optique notamment au niveau des règles récentes du contrat responsable, des dépassements honoraires pour exigence personnelle, de l'acupuncture.

- 27 avis ont concerné la vie du contrat, de ses garanties et porté notamment sur la compréhension par les adhérents des documents contractuels relatifs à des garanties frais de santé, hospitalisation, indemnités journalières ou aux conditions de radiation.

L'étude de ces dossiers permet de proposer à la Mutuelle d'engager une clarification des documents à destination des adhérents dans une perspective de renforcement de son devoir d'information.

## **3. DELAIS ET MISE EN ŒUVRE DES AVIS DU MEDIATEUR EN 2017 :**

Les avis du médiateur ont été rendus en 2017 dans un délai moyen inférieur à 60 jours.

92% des avis rendus ont été exécutés, dont :

- 97% des décisions favorables aux adhérents,
- 70% des décisions mixtes.

8% des avis rendus n'ont pas été exécutés suite au refus par l'adhérent de la solution proposée.

## **III – LES RECOMMANDATIONS FORMULEES SUITE A DES DEMANDES FREQUEMMENT RENCONTREES**

Le médiateur a formulé à la Mutuelle des recommandations portant sur trois domaines ayant fait l'objet de demandes récurrentes :

### **CONTRAT RESPONSABLE ET OPTIQUE ENFANTS :**

Le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif « au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales », définissant le contenu des contrats responsables prévoit un délai de 24 mois pour la prise en charge du renouvellement d'équipement optique, délai qui peut être ramené à 12 mois en cas d'évolution de la vue.

Contrairement aux prescriptions précédentes, les enfants ne bénéficient plus de dérogation par rapport aux adultes.

De nombreuses demandes en ce sens, faisant état d'une nécessité médicale, mais également s'interrogeant sur le caractère incomplet du texte, posent la question d'une possibilité de dérogation ouverte par la Mutuelle.

Légalement, la Mutuelle confirme ne pas pouvoir et souhaiter déroger aux règles de droit public du contrat responsable, qui s'imposent à l'ensemble des souscripteurs et bénéficiaires de contrats frais de santé en contrepartie des avantages fiscaux et de la baisse du taux de la taxe sur les contrats d'assurance procurés par ces derniers.

La Mutuelle rappelle que l'action sociale peut être saisie par l'adhérent pour formuler une demande d'aide exceptionnelle.

**- ACUPUNCTURE :**

La mutuelle exige, pour procéder à la prise en charge de frais d'acupuncture, que le praticien dispose d'un numéro ADELI ou RPPS.

Le médiateur a cependant constaté que cette condition n'était pas précisée clairement dans certaines grilles de garanties et a recommandé de clarifier la documentation contractuelle.

La Mutuelle s'est engagée d'ici 2019 à réfléchir à une évolution en ce sens des documents contractuels.

**- DEPASSEMENTS D'HONORAIRES POUR EXIGENCE PERSONNELLE (DE) DES AUXILIAIRES MEDICAUX :**

La Mutuelle refuse régulièrement de prendre en charge des remboursements de soins de kinésithérapie au motif qu'ils sont facturés en dépassement d'honoraire pour exigence personnelle (DE) en application de la convention signée avec la CNAM.

Le médiateur a constaté que certaines grilles de garantie concernant des contrats collectifs ne mentionnent pas expressément l'exclusion de prise en charge au titre des dépassements d'honoraires pour exigence personnelle des auxiliaires médicaux.

Il semble dès lors nécessaire de mieux encadrer contractuellement les modalités de refus de ces dépassements pour les rendre opposables aux adhérents.

La Mutuelle a pris acte de cette recommandation, et s'est engagée à revoir la rédaction des grilles de ces contrats collectifs, pour inclure davantage de précision sur cette exclusion.

## CONCLUSION

Pour sa quatrième année, l'activité du médiateur reste stable au niveau des saisines.

Il faut noter une progression sensible de l'utilisation du formulaire en ligne, et plus généralement le développement de la saisine par voie électronique qui devient la règle..

Si le service du médiateur a enregistré en 2017 une activité dense, il a rempli sa mission en apportant une réponse circonstanciée aux différends ayant opposé certains adhérents à la Mutuelle et ce, dans un souci permanent d'apaisement et d'équité.

Le Médiateur de la consommation  
Claude LEPETIT

PJ : Tableaux de synthèse



## TABLEAUX DE SYNTHÈSE – MEDIATION 2017

### Nombre de saisines

2015	2016	Nombres de saisines au 31/12/2017
206	311	329

### Mode de saisine des demandes

	Reçues par courrier	Reçues par mail	En ligne (formulaire)
2015	96 (47%)	110 (53%)	-
2016	97 (31%)	211 (68%)	3 (1%)
2017	<b>74 (22,5%)</b>	<b>116 (35,25%)</b>	<b>139(42,25%)</b>

## Recevabilité des saisines

	Nombre de saisines	Saisines ayant été jugées non recevables	Demandes examinées par le médiateur
2015	206	134 (65%)	78 (38%)
2016	311	241 (77%)	70 (23%)
2017	329	244 (74%)	85 (26%)

## Ventilation des demandes classées et des refus

	Demandes jugées non recevables	Renvoi réclamations niveau 1 mutuelle	Renvoi réclamations niveau 2 mutuelle	Déjà résolues	Refus	Classées sans suite
2015	134	66 (49%)	21 (16%)	12 (9%)	33 (25%)	2 (1%)
2016	241	172 (71%)	22 (9%)	19 (8%)	28 (12%)	-
<b>2017</b>	<b>244</b>	<b>156 (64%)</b>	<b>29 (12%)</b>	<b>25 (10%)</b>	<b>30 (12%)</b>	<b>4 (2%)</b>

## Ventilation des refus par motif

	Nombre	RSI	HFP/MMEI/RMA HSBC	Politique tarifaire	Avis médical	Procédure entamée	Mutex / Générali
2015	33	5 (15%)	3 (9%)	16 (49%)	1 (3%)	1 (3%)	7 (21%)
2016	28	7 (25%)	6 (21%)	5 (18%)	3 (11%)	1 (4%)	6 (21%)
<b>2017</b>	<b>30</b>	<b>7 (23,5%)</b>	<b>7 (23,5%)</b>	<b>4 (13%)</b>	<b>2 (7%)</b>	<b>1 (3%)</b>	<b>9 (30%)</b>

## Avis rendus par le médiateur

	Demandes examinées par le médiateur	Avis favorable adhérent	Avis favorable Mutuelle	Avis mixte
2015	78	34 (44%)	36 (46%)	8 (10%)
2016	70	26 (37%)	35 (50%)	9 (13%)
<b>2017</b>	<b>85</b>	<b>30 (35%)</b>	<b>35 (41%)</b>	<b>20 (24%)</b>